DOI: 10.14232/sztep.pszibet.2022.10

Töreki Annamária, Hompoth Emőke

VÁRANDÓSSÁG ALATTI ÉS SZÜLÉS UTÁNI HANGULATZAVAROK A GYAKORLATBAN

I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

A várandósság a nők életében egy olyan életszakasz, amely a kiteljesedés mellett számos érzelmi, pszichés, fizikai és szociális változást is hordoz magában. Az édesanyává és családdá válás folyamatában olyan nem várt pszichés terhelések is jelentkezhetnek, amelyekkel megbirkózni nem mindig egyszerű feladat. Akár tervezett, akár nem tervezett várandósságról van szó, olyan pszichológiai hatások érhetik a várandós nőt, amelyekkel esetenként nem könnyű megküzdeni. Ezért is nevezik a várandósságot krízisszituációnak, mert a családtervezéstől kezdve a terhesség három trimeszterén keresztül, a szülés utáni időszakig számos esetben olyan érzelmi megterhelődés jelentkezhet, amely akár klinikai értelemben vett szorongást, depressziót vagy nagyon ritkán pszichotikus állapotot is előidézhet (Belső, 2006b). Mindezek mellett a várandósság hatással van a párkapcsolat alakulására, az egyéb szociális kapcsolatok minőségi módosulására is. Ennél fogva a várandóst körülvevő szakemberek feladata, hogy támogatásukkal és éber figyelmükkel vegyék körül a gyermeket váró nőt, aki olyan tüneteket produkálhat, amelyekre nyitott szemmel kell figyelni, és ha szükséges, a megfelelő ellátásba kell segíteni. A kezeletlen pszichés tünetek nemcsak a magzatra fejtik ki kedvezőtlen hatásukat, hanem magára az anyaságra, és ezen keresztül a gyermek fejlődésére is káros hatással lehetnek, valamint esetenként a párkapcsolat felbomlásához is vezethetnek. Emiatt a pszichésen megfelelő támogatás a kulcsa a családok jobb működésének és a gyermekvállalási kedv előmozdításának.

Már a családtervezés fázisában is jelentkezhetnek olyan nehézségek, amelyek a sikertelen fogantatás kudarcérzésének hiányos feldolgozásából erednek. Ugyanakkor az első trimeszterben még egy tervezett terhesség esetén is a rosszullétek, a fáradtság, a fejlődő embrió elvesztésétől való félelem olyan tüneteket okozhatnak, amelyek akár anhedoniát is előidézhetnek (Belső, 2006b). A második trimeszter általában egy nyugodtabb időszaka a várandósságnak, amennyiben az első genetikai vizsgálat a 12. héten megnyugtató eredményt hozott. A 12–24. gesztációs héten a várandós megérzi a magzatmozgást, kézzelfoghatóbbá válik a méhében fejlődő gyermeke, s a haskörfogat sem akadályozza még a teendői elvégzésében. A harmadik trimeszter ezzel szemben ismét egy pszichésen megterhelőbb időszak lehet, mert ahogy a szülés ideje közeledik, egyre nehézkesebbé

válik a mozgás, és előjönnek a szüléssel, a fájdalommal és a gyermekgondozással kapcsolatos aggodalmak, félelmek (Belső, 2006a). Mindezek mellett olyan anyagi, egzisztenciális kérdések is felmerülhetnek, amelyek tovább fokozzák a feszültség érzését (Martini et al., 2016). A fent említett hatások olyan aggodalmakig fokozódhatnak, amelyek miatt kialakulhat patológiás szorongás vagy depresszió, amikor pszichológus segítségére lehet szükség (Barker, 1995). Elég olyan egyszerű dolgokra gondolnunk, mint például a mindennapi rutin felbomlásának elfogadása, a maximalizmus és a perfekcionizmus miatti rugalmatlanság megélése, az aggodalom a gyermek megfelelő ellátása miatt, illetve akár a gyermekhez való kötődés nehézségei szülés után. Ezek az új érzések, amenynyiben nem kerül sor az átdolgozásukra, mind elvezethetnek akár egy patológiás szorongáshoz vagy depresszióhoz.

Nemzetközi tanulmányok adatai szerint a várandósság alatti szorongás prevalenciája 4–39%, amely a szülés utáni időszakban 16% körüli (Goodman et al., 2014). Magyar vizsgálati adatok 14,6%-os értéket találtak a várandósság első trimeszterében, közülük 4,2%-ban súlyos szorongást tapasztaltak (Bödecs et al., 2010). Ilyen szorongás lehet a pánikzavar, a generalizált szorongás, a kényszerbetegségek, a különböző fóbiák és a poszttraumás stressz zavar (Goodman et al., 2014).

A depresszióvizsgálatok sokáig csak a szülés utáni időszakra terjedtek ki. A depresszió három csoportját különböztetjük meg: a szülés utáni napokban jelentkező, nagyjából tíz napig tartó postpartum lehangoltságot, amelynek prevalenciája 50–80% között mozog. A postpartum depresszió a postpartum lehangoltság hosszúra nyúlása esetén, vagy akár annak lezajlása után alakul ki, és az édesanyák 15–25%-t érinti, míg a postpartum pszichózis mindösszesen ezer anyából egy, maximum két esetben fordul elő, és többnyire a szülés utáni első héten kezdődik (Beck, 2006; Doucet et al., 2011; Henshaw, 2003; Kennerley & Gath, 1989; Pitt, 1973; Ross et al., 2005).

A várandósság időszakában a különböző trimeszterekben a depresszió minor vagy major formájának előfordulási gyakorisága különböző mintázatot mutat. Gaynes metaanalitikus tanulmányában az első trimeszterben 11%, a másodikban 8,5%, míg a harmadik trimeszterben 9,7%-os patológiás arányt láthatunk. Ebben a tanulmányban a depresszióval küzdő várandósok 18%-a kért pszichológusi segítséget, míg a postpartum időszakban ez az arány 40% (Gaynes et al., 2005).

Számos magyar tanulmány is foglalkozott a várandósság alatti hangulati zavarok feltérképezésével. Bödecs vizsgálatában, amelyet a Beck depresszió kérdőívvel végzett, azt találta, hogy a várandósság alatt a nők 17,9%-a küzd depressziós tünetekkel (Bödecs et al., 2010). A nemzetközi gyakorlatban leggyakrabban használt perinatális hangulati kérdőív az Edinburgh Postanal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987), amelyet számos országban ante- és postnatálisan is validáltak. Erre Magyarországon 2010–2012-ben került sor, amely vizsgálatban a várandósság három trimeszterében 9,3%-os, 12,8%-os, illetve 9,3%-os előfordulási arányt találtak a depresszió tekintetében, míg

a szülés utáni időszakban ez az arány 17,5% volt (Töreki et al., 2013; Töreki et al., 2014a; Töreki et al., 2014b).

A hangulati zavarok kialakulásának esélyét számos tényező növelheti, így például a nem tervezett terhesség (Dudás et al., 2012; Hompoth et al., 2017; Hompoth et al., 2020; Kozinszky et al., 2011; Töreki, 2012), a fiatal életkor (Bödecs, 2010; Dudás et al., 2012; Hompoth et al., 2017; Hompoth et al., 2020; Lee et al., 2007; Töreki, 2012) vagy a 34 évnél idősebb korban vállalt gyermek (Hompoth et al., 2017). Ha egy nő egyedül vállalja a gyermekét, az szintén magasabb depresszió szinttel járhat együtt (Dudás et al., 2012; Hompoth et al., 2017; Hompoth et al., 2020; Lee et al., 2007). Az antenatális kezeletlen depresszió a postpartumban kialakuló tünetekkel szoros összefüggést mutat (Leigh & Milgrom, 2008).

Ezzel szemben védőfaktorokat is kiemelhetünk: ilyen a primiparitás (Dudás et al., 2012; Hompoth et al., 2017), a támogató szociális kapcsolatok családon belül és baráti körben (Belső, 2006a), illetve olyan vizsgálati eredmények is születtek, ahol a vajúdás alatti epidurális érzéstelenítés jótékony hatását detektálták a depresszió ellen a postpartum időszakban (Ding et al., 2014). A vajúdás alatt megélt fájdalom mértéke ugyanis befolyásolhatja a depresszív tünetek megjelenését a szülés utáni szakban (Boudou et al., 2007).

Számos tanulmány foglalkozott azzal, hogy a kezeletlen anyai depresszió vajon okozhat-e olyan szövődményeket a terhességben, amelyek veszélyt jelenthetnek a magzatra és az édesanyára nézve. A várandósság alatti kezeletlen depresszió gyakrabban jár együtt az epidurális érzéstelenítés választásával a vajúdás alatt, azaz a megélt fájdalom elviselése függhet a várandós lelki állapotától vagy a szülésre való pszichés felkészültségtől (Chung et al., 2001). A kezeletlen antenatális depresszió ezen kívül gyakrabban jár együtt császármetszéssel vagy akár preeclampsiás tünetekkel (Cripe et al., 2011).

A várandósság alatti depresszió a magzat fejlődésére is hatást gyakorol a tanulmányok szerint: vezethet koraszüléshez (Jesse et al., 2003), intrauterin magzati retardációhoz (Quiao et al., 2012) vagy alacsony születési súlyhoz (Hompoth et al., 2017; Rahman et al., 2007).

A szülés utáni időszakban a depressziós anya kevésbé tud kötődni gyermekéhez (Righetti et al., 2002), kevesebb a verbális interakció, illetve a depressziós tünetekkel küzdő anyák kevesebbet mosolyognak csecsemőjükre. A depressziós anyák számára a csecsemő táplálása is nehezebb, és ez az alvásuk minőségén is nyomot hagy (Field, 2010).

Hompoth (2020) magyar mintán végzett tanulmányában azt vizsgálta, hogy a 2012 és 2017 között EPDS szűrésen átesett várandósok és gyermekágyasok körében milyen gyakran fordultak elő perinatális komplikációk, és van-e kimutatható különbség a nem depressziós, kezelt depressziós és kezeletlen depressziós vizsgálati személyek szövődményei között. Vizsgálati eredményeiben azt találta, hogy szignifikáns összefüggés van a postpartum depresszió és az elhúzódó tágulási szak, illetve a császármetszés mint szülésmód között, valamint a második trimeszterben talált összefüggést az emelkedett patológiás EPDS pontszám és az alacsony születési súly között. A szociodemográfiai adatok

tekintetében azt találta, hogy a nem tervezett terhesség, az egyedül vállalt gyermek, a primiparitás és a 21 év alatti és a 35 év feletti korban vállalt gyermek édesanyja szignifikánsabb nagyobb százalékban mutat depresszív tüneteket, mint a kontrollcsoport tagjai.

Azok a várandósok és édesanyák, akik a magas EPDS pontszám miatt egészségpszichológiai támogatást kaptak, szignifikánsan alacsonyabb EPDS pontszámot értek el a kezelés utáni időszakban az első méréshez képest. A vizsgált mintán a depressziós szintet elért vizsgálati személyek 23,5%-a vette igénybe a pszichológiai ellátást, amely magasabb, mint a korábban említett nemzetközi adatokban. Leginkább azok a nők vették igénybe a pszichológus segítségét, akik egyedülállók voltak vagy nem tervezett terhességet viseltek. Biztató eredménynek számít, hogy azok a várandósok, akik magas EPDS pontszám miatt igénybe vették a pszichológiai támogatást, kisebb valószínűséggel hozták világra gyermeküket császármetszéssel, mint a kezelésben részt nem vett depressziós terhesek. Mindezek az eredmények rávilágítanak a pszichológiai intervenció fontosságára (Hompoth, 2020).

2. Esetleírás

A következőkben egy fiktív esetet ismertetünk. Azért döntöttünk emellett, mivel ez az időszak meglehetősen hosszú: csak a várandósság 9 hónapon át tart (melynek különböző szakaszaiban más-más problémák jelennek meg tipikusan), postpartum időszaknak a szülés utáni egy évet számoljuk, de már a várandósság előtt is lehetnek olyan nehézségek, melyekkel gyakran a szülészeti osztályokon dolgozó pszichológushoz fordulnak a páciensek. Ilyen lehet például, ha a fogantatás ütközik akadályokba, a meddőségtől való félelem, vagy akár egy korábbi perinatális veszteség feldolgozása. A kliensekkel többnyire rövidebb ideig foglalkoztunk, az általuk hozott főbb problémákra fókuszálva, de szerettük volna bemutatni ennek az időszaknak a sokféleségét, így egy fiktív pácienskaraktert alakítottuk ki (nevezzük Annának) a leginkább előforduló nehézségekből összegyúrva a problémáit. A dőlt betűvel szedett részek tipikus páciensi megfogalmazásokat jelölnek, az idézőjelben megjelenő részek pedig konkrét mondatok idézései.

Anna harmincöt éves, értelmiségi foglalkozású nő. Rendezett külsővel, elegáns ruhában érkezett. Egyszerre volt látható a tartásán egyfajta fáradtság, mégis érezhető volt rajta, hogy még vannak erőtartalékai. Összetett problémával jelentkezett: a férjével már évek óta próbálkoztak gyermeket vállalni, egy év után már orvosi vizsgálatokon is részt vettek, ennek eredményeképp jelenleg programozott együttléttel próbálkoznak. Anna szerint ez a párkapcsolatra is rányomta a bélyegét, tartott attól, hogy ezzel elvész a kapcsolatukból a szexuális intimitás. Emellett betegségtudat alakult ki nála a sok orvosi látogatás során, valamint amiatt is, mert *nem tud eleget tenni az evolúciós felhívásnak.* Attól félt, hogy a meddőség diagnózisa felé halad, így anticipált gyász is kialakult nála. Bűntudat és szorongás jelentkezett, hogy *nem kellett volna ennyire a karrierjére koncentrálnia, talán túl sokáig várt, elkésett, már nem lehet anya.* Pár alkalom erejéig ezekkel

a nehéz érzéseivel dolgoztunk. Segítséget jelentett számára, hogy a férjével több minőségi időt kezdtek együtt tölteni, hogy a félelmeikről beszélhettek egymással, valamint, hogy tudatosan próbálták az együttlétüket (a programozottsága ellenére) meghitté tenni. Szóba került az is, hogy a fogantatás sikerének lelki háttere is szerteágazó: ennek kapcsán felderítettük a számára stresszt okozó helyzeteket, valamint a lehetséges megküzdési módokra is figyelmet fordítottunk, mint a relaxáció, aktív levezetés mozgással, kommunikációs technikák vagy a nemet mondás fejlesztése.

A közös munka ideje alatt sikerült a fogantatás, melynek örömébe újabb aggodalom vegyült: a magzat betegségének, elvesztésének lehetősége. Fokozottan jelentkezett az ettől való szorongás, mivel *az ő korában erre nagyobb az esély,* fűszerezve annak a félelmével, hogy *mi van, ha az egész procedúrát elölről kell kezdeni, újabb kezelésekre lesz szükség, továbbra is mellőzve a spontán együttléteket. Mindezek beárnyékolták várandóssága örömét,* nem tudta élvezni ezt az időszakot. Tovább nehezítette az öröm átélését, hogy rendszeresen hányingere volt, lehangolttá, fáradttá vált, emellett kognitív diszfunkciós tüneteket is tapasztalt magán. Igyekeztem segíteni abban, hogy más szemszögből nézze ezeket a tüneteket: mindezek hátterében állhat a hormonális változás, mellyel a teste a magzat táplálására, éltetésére készül fel. Ez egy nagyon megterhelő folyamat, sok változtatást igényel, tehát érthető a fáradtsága, így a kognitív panaszai, lehangoltsága is. A hányinger pedig szintén magyarázható azzal, hogy a szervezete védeni próbálja a magzatot: sokkal érzékenyebb a szagokra, hogy jobban ki tudja szűrni a potenciális veszélyforrásokat, melyekre émelygéssel reagál.

A várandósság 12. hetében esedékes genetikai szűrés újabb szorongás forrása volt. Anna újra aggódni kezdett, hogy a vizsgálat fényt derít a magzat valamilyen betegségére. Rettegett attól, hogy élettel összeegyeztethetetlen rendellenességet fedeznek fel, így elveszítik a magzatot, később pedig újra kell kezdjék a fogantatáshoz kapcsolódó folyamatot, mely mindkettőjüket megviselte. A Down-szindróma lehetősége is aggasztotta, részben azért, mert akkor döntést kell hoznia arról, hogy szeretne-e művi abortuszt, avagy a másik szorongató kimenetel, hogy beteg gyermeket kell felnevelnie. *„Borzasztóan szégyellem, de mindig is rettegtem a Down-szindrómás emberektől. Nem tudom miért, hiszen nincs velük rossz tapasztalatom… leginkább semmilyen sincs… de borzaszt a gondolat, hogy a gyermekem beteg lesz."* A beszélgetés során kiderült, hogy korábban előfordult már vele, hogy egy ismeretlen dologtól tartott, de amikor közel került hozzá, lehetősége volt megtapasztalni, akkor csökkentek a negatív érzések. Fontolgatta, hogy esetleg önkénteseként segítene Down-szindrómás emberek találkozóin, így talán jobban megismeri őket, mely segíthet a szorongása csillapításában. Megkérdeztem, hogy mi tudna segíteni abban, hogy az esetleges egyéb betegségekkel kapcsolatos félelmei csökkenjenek? Válaszként azt fogalmazta meg, hogy *a konkrétabb ismeretek, mint az előfordulási valószínűség, a következmények, a lehetőségek*. A továbbiakban tehát azzal foglalkoztunk, hogy merjen kérdezni az orvosától, illetve hogyan tudja felé kifejezni egyéb aggodalmait, hiszen azokban is nagy segítséget kaphat tőle. A következő alkalmak során

nyugodtabb volt, lelkesen mesélte, hogyan „faggatta ki" orvosát saját maga megnyugtatására. Elmondása szerint ez abban is segített, hogy növekedjen a bizalma az orvos felé, és úgy érzi, sokkal jobban számíthat rá, mint korábban gondolta. Említette azt is, hogy a szüléssel kapcsolatos enyhe aggodalmain is segített az orvossal való beszélgetés, úgy érzi, *biztos kezekben lesz, amikor eljön az idő.*

A második trimeszterben csökkentek a rosszullétei, kognitív diszfunkciós tünetei, fáradtságát is maga mögött hagyta. Párjával való kapcsolata felfelé ívelt, *újra kezdett minden rendben működni közöttük.* Természetesen fordultak elő viták, egyet nem értések a jövő tervezése kapcsán. Ezek egy részében a vitát követően kompromisszumra jutottak, azonban előfordultak helyzetek, ahol Anna úgy érezte, *folyamatosan elbeszélnek egymás mellett, úgy érzi, nem tudja megértetni magát férjével, a feszültség egyre nő közöttük, míg végül valamelyiküknek sikerül megbántani a másikat.* Beszélni kezdtünk az asszertív kommunikációról, ennek tükrében Anna eddigi megoldási kísérleteiről. Más szemszögből nézve, a férje valószínűleg támadás, vádlás alatt érezhette magát, így nem „rátámadott" Annára, ahogy ő először fogalmazott, inkább védekezni, visszavágni próbált. A nő eleinte kétkedve hallgatta a módszert, úgy érezte, szőrszálhasogatás, hiszen a lényeg ugyanaz marad. Lassacskán azonban, ahogy kezdte látni a különbségeket, igen lelkessé vált: szerette volna, ha példaszituációkban gyakorolunk, ugyanis feltett szándéka volt nemcsak (jól) alkalmazni a módszert, de emellett úgy gondolta, hogy a férjének is megtaníthatná, hogy ezután jobban tudjanak egymással kommunikálni. A következő alkalmakon többször előhozakodott az eddigi sikeres beszélgetésekkel, illetve kudarc esetén a kérdéseivel: hogyan csinálhatták volna másképp, mi lett volna a jobb megfogalmazás.

A továbbiakban újabb aggodalmai adódtak, először is a magzata kapcsán, hogy miért nem érzi még a mozgását, *édesanyja szerint ő ilyenkor már rég mozgolódott a méhében.* Emellett közeledett a 20. héten esedékes genetikai vizsgálat is, mely tovább fokozta szorongását. Biztosított arról, hogy orvosát is meg fogja kérdezni mindkét témáról, ahogy arra korábban volt példa, de *most úgy érzi, szétfeszíti az aggodalom.* Lehetett enyhíteni a szorongását olyan egyszerű mondatokkal, hogy az első várandósság alatt később szokták érezni a magzatmozgást, emellett minden magzat más, van, amelyik kevésbé mozgékony, vagy egy adott időszakban akár kicsit kevesebbet mozog, ez még nem feltétlenül jelent rendellenes fejlődést. A genetikai szűrés kapcsán pedig az jelentett segítséget, hogy megfogalmazhatta félelmeit anélkül, hogy a másik fél hárítani kezdte volna a témát olyan (amúgy valószínűleg segítő szándékú) mondatokkal, mint a „jaj, ne is foglalkozz vele", „ugyan, biztos nem lesz semmi gond", „ilyenre még csak gondolnod sem szabad!", „túl sokat gondolkozol ezeken" stb. Elmondása szerint ilyen és ehhez hasonló válaszokkal találkozott csak, amikor ismerősi körben szeretett volna beszélni erről, ezért mindig úgy érezte, a másik fél lezár, senki nem akarja meghallgatni. Felszabadító volt számára, hogy egy-egy gondolatát, félelmét végigmondhatta, kifejezhette anélkül, hogy félbeszakították volna egy, a fentihez hasonló kijelentéssel.

A következő hetekben már érzékelhetővé váltak a magzatmozgások, illetve lezajlott a genetikai vizsgálat is, így sokkal felszabadultabban érkezett. Többféleképpen megfogalmazta, mennyire megkönnyebbült, *mintha egy hatalmas szikla gördült volna le a mellkasáról, már kezdi megengedni, hogy beleélje magát a várandósság élményébe. Eddig ugyanis nem mert túl közel kerülni magzatához, folyamatosan attól félt, hogy valamikor elveszíti, valami gond lesz. Persze tisztában volt azzal, hogy bármikor megeshet váratlan dolog, de mégis kezdte közelebb engedni magát az örömhöz. Már „engedélyezte magának", hogy átszellemülten, magába merülve simogassa a hasát, beszélni kezdett hozzá, mesélt a férjével közös terveikről.*

Ez a megkönnyebbült öröm tovább fokozódott a 24. hét után, ami az életképesség határa, azaz innentől koraszülés esetén is valószínűbb a magzat túlélése. Ugyanakkor érezhetően növekedni kezdett a haskörfogata, így kezdett kényelmetlenné válni a mozgás, az alvás, csökkent a terhelhetősége, teljesítménye. Ez megviselte, hiszen eddig is eléggé leterheltnek, fáradtnak érezte magát, a nehezített alvás pedig tovább rontott a helyzeten. Valamelyest javult a helyzet a relaxációs elemek rendszeresebbé tételével, azzal, hogy napközben is *engedélyezett magának* szükség esetén pihenést, feltöltődést, valamint támasztékként alkalmazható párnák beszerzése is segítette kényelmesebb alvását. Zavarta, hogy sokszor érzi úgy, hogy elfogy a levegője, pedig az utóbbi években a testmozgásra nagyon odafigyelt, ilyen problémái nem adódtak. Emiatt a jelen helyzetet az addigi évek kemény munkájának kudarcaként élte meg. Úgy tűnt, sokat segített a beszélgetés, hogy ez egy szintig normális, hiszen a növekvő magzatnak több hely kell a méhében, a szerveit, a tüdejét is kicsit jobban összenyomja, így kevésbé tud funkcionálni.

A 30. hét felé közeledve az aggodalmai új irányt vettek: egyrészt arról számolt be, hogy kezdett félni a szüléstől, másrészt olyan aggályai voltak, hogy *vajon jó anya lesz-e, jól fogja-e tudni csinálni*. A szülés kapcsán elkezdtük felderíteni a szorongás hátterét. Döbbenten állapította meg magáról, hogy ezzel kapcsolatosan csupán elméleti tudása van, az is eléggé általános, felületes. Érdeklődővé vált, elkezdett olvasni a témában, részletesebben beszélni erről orvosával, az alkalmak során pedig a lelki oldalát érintő kérdésekkel foglalkoztunk. Az egyik téma, ami nagyon foglalkoztatta, az a vajúdás-szülés alatti megváltozott tudatállapot. Ezt egy teljes mértékben kontrollvesztett helyzetként képzelte el, mely gondolat számára rémisztő volt. Hosszan beszélgettünk arról, hogy a beszűkültség teljesen normális, hiszen ez egy nagy feladat, érthető, hogy teljes koncentrációt igényel. Azért lesz körülötte az orvos, a párja, a szülésznő, hogy segítsenek neki „fenntartani a kontrollt" az olyan tényezők esetében is, amikre akkor majd nem (vagy nem folyamatosan) fog kiterjedni a figyelme. Biztattam arra, hogy készítsenek a párjával közösen olyan terveket, amelyekben megfogalmazzák, hogy várhatóan mi esne jól nekik, mire lenne szükségük, és ezeket egyeztessék az orvosával: milyen eszközök segíthetik a vajúdás alatt (bordásfal, gimnasztikai labda stb.), ezek közül melyek találhatók a választott intézményben, milyen pózokban támogatják a szülést, és ha császármetszésre van szükség, annak mi a menete, van-e rá bármi befolyása (például ha sze-

retné, jelen lehet-e a párja) és így tovább. Természetesen előfordulhatnak váratlan helyzetek, de minél több eshetőségre felkészül és van hozzá terve, annál nagyobb biztonságban érezheti magát. A párja is rengeteget segíthet a folyamat közben, ugyanis a beszűkültség miatt előfordulhat, hogy kevésbé figyel a környezetére (kérdésekre, információkra), nehezebben hoz meg döntéseket. Ezekben a helyzetekben a párja amolyan „segéd énként" működhet, azaz a kettejük kapcsolata, ismerete, a megbeszélt tervek alapján segíthet, például a kérdés átfogalmazásában (így érthetőbbé téve), vagy akár a konkrét döntések meghozatalában is. Bátorítottam arra is, hogy beszélgessen ismerősökkel, akiknek már van szülésélménye, tőlük is kaphat ötleteket vagy új szempontokat, témákat, amikről még érdemes gondolkodni. Akár konkrét szülésről szóló videókat is kereshet, ha úgy érzi, hogy az segít, ezzel is lehet egy közvetett élménye a folyamatról. Ez utóbbit végül nem tette meg, elmondása szerint ugyan rákeresett, de végül nem volt bátorsága, hogy nézni is kezdje őket, attól félt, hogy csak még jobban magára ijeszt. Természetesen ez a döntés is teljesen rendben van, hiszen azt keressük, mi segíthet a kliensünknek.

Foglalkoztatta még a fájdalom, a kezelés lehetőségei is. Elmondása szerint nehezen viseli a fájdalmat, feszültté válik miatta, a szülés kapcsán fél is tőle. Tartott attól, hogy nehezen tudja kontrollálni, *felemészti és beteríti a tudatát.* Az orvosával már részletekbe menően beszélt a csillapítási lehetőségekről, ez kissé megnyugtatta. Emellett szülésfelkészítőre is járt, ott légzéstechnikákat sajátított el. Több alkalmon keresztül foglalkoztunk a témával: mit jelent számára a fájdalom, mi tud segíteni, mivel tudja enyhíteni. *„Ha fáj valamim, akkor úgy érzem, elvesztettem a kontrollt, elárult a testem. Az veszi át az irányítást, mindent ahhoz igazítok, uralkodik felettem."* Arról beszélgettünk, hogy a fájdalom tulajdonképpen egy jelzés a test részéről, hogy valamilyen gond adódott. Nemhogy elárulja ilyenkor a teste, hanem pontosan segíteni akarja a túlélését, azért „irányít" egyik-másik tevékenység felé, kerül el egyebeket, hogy a további potenciális sérülést megelőzze, sőt, lehetőleg javuljon a helyzet, csillapodjon a fájdalom. Persze megélheti nehéz helyzetnek, hogy nem a megszokott, tudatos énje kerül előtérbe, hanem valamilyen mélyebb, ösztönös működés, de mégis egy hajóban eveznek, „csapattársak", akik ugyanazért a célért küzdenek. A szülés során a tolófájások a méhösszehúzódásokat jelzik, segítve őt abban, hogy mikor áll készen a szervezete az újabb nyomásra. Úgy tűnt, sikerült haladni a szemléletváltás felé, kérésére közösen megfogalmaztunk önszuggesztív mondatokat, melyek segíthetik a szülés folyamata során. Olyan mondatokat, mint *„a fájdalom elviselhető, segít a szülésben", „Jankával (gyermeke neve) együtt dolgozunk azért, hogy megszülethessen", „bízom az orvosomban, a személyzetben, biztonságban vagyok".* Az is szóba került, hogy ez a megváltozott tudatállapot jóval szuggesztibilisebbé teszi, így a férjének is kitalálhatnak olyan mondatokat, amiről most úgy érzi, hogy segítenének neki, így konkrétabban fogja tudni biztatni a párja a folyamat alatt. A szülés után elmondta, hogy úgy emlékszik, csak ritkán jutottak eszébe a szülés alatt a közösen kitalált mondataink, de akkor úgy tűnt, segítenek; az addig eltelt időben pe-

dig nyugodtabbnak érezte magát, ha a mantráira gondolt. A férje támogatása viszont sokat segített, a párja pedig kevésbé érezte magát elveszettnek, mert megvolt az előre megbeszélt „feladata", ami számára is kapaszkodót nyújtott.

Ebben az időszakban sokat foglalkozott gondolatban a saját gyerekkorával, az anyjával való akkori és jelenlegi kapcsolatával is. Sorra jutottak eszébe az emlékek: kellemesek, szomorúak, dühítőek egyaránt. Az eddigiekhez képest azonban más szemmel nézte, mintegy külső szemszögből vizsgálta őket: ezzel egyetértek, azt sose tenném így, még mindig nem értem, miért döntött akkor úgy. Közben újra és újra felmerült benne a kérdés: jó anya leszek? Tudok változtatni a szüleim hibáin? Tudom másképp csinálni, mint ahogy gyerekkoromban mindennapos volt? Mi van, ha mégsem vagyok jobb náluk? Tönkretehetem a gyermekem életét a hibázásaimmal? Komoly kérdések, melyek sokakban megfordulnak. Ezek mentén sokat beszéltünk arról, hogy mit jelent számára a jó anya, milyen tulajdonságai vannak, hogyan viselkedik, kívülről is vannak látható jelei vagy inkább a belső számít? Hogyan éli a mindennapjait? Mindent feláldoz, vagy magára is odafigyel? Önzőség-e, ha néha szeretne egyedül lenni kicsit? Kérhet-e, elfogadhat-e segítséget? Nehézséget jelentett az is, hogy elég szélsőséges eseteket látott az anyasággal kapcsolatosan mind a filmekben, mind a saját életében: vagy a *„szuperanyát"*, vagy az *„elesettet"*. A szuperanya az, aki körül minden tökéletesen rendben van, a háztartás vezetése (és akár még munka) mellett van ideje fizikailag jó formában tartani magát, miközben állandóan különböző programokra hordja a gyerekeit, önkénteskedik, sütit süt a szomszédos összejövetelre stb., mindezt egyetlen zokszó nélkül. Az elesett pedig az, akit épp egyik legrosszabb pillanatában látunk meg, például amikor maga is fáradtan veszekszik a kimerültségtől nyűgös gyerekével, vagy épp tehetetlenül nézi az üvöltve csokit követelő gyerekét. *„Őket szoktuk lesajnálni, vagy akár hangos szóval kifejezni, hogy mennyire rossz szülőnek tartjuk. Rettegek attól a megaláztatástól, hogy ez egyszer velem is előfordul". A filmekben az „ilyen típust" szokták még megmenteni, ez számára szintén gyötrelmes gondolat, mert ő szeretné maga megoldani a problémákat, nem pedig „megmentődni".* Ezekről a kérdésekről beszélgetve tehát valamelyest közelítettük az anyaképét a valósághoz, hogy reálisabban viszonyuljon magához, a szerepéhez. Sokat beszéltünk a nyitottságról, rugalmasságról is, hogy nem baj az, ha átértékelődnek benne dolgok, ha egyes elvei változnak, és a továbbiakban aszerint szeretne élni. Az egyik alkalommal elmesélte, hogy annyit foglalkoztatták gyerekkori sérelmei, hogy megpróbálta azokat asszertíven kifejezni édesanyjának. Elmondása szerint kerekedett belőle vita, de végül el tudták fogadni egymás szempontjait (Anna azt, hogy anyja akkor ezt látta legjobbnak, édesanyja pedig azt, hogy akaratán kívül, de fájdalmat okozott), így valamelyest közelebb kerültek egymáshoz, néhány seb gyógyulni kezdett.

A szülése után néhány nappal „soron kívül" találkoztunk. Még a kórházi szobájában volt, azért kérte a látogatást, mert tünetei alapján azt hitte, depressziós lett, ettől nagyon megijedt. Beszámolt a szülés élményéről is: hirtelen indult be, így a mentő nem a kiszemelt kórházba vitte, hanem egy közelebbi klinikára. Bár a terveiben ez is szóba került,

de kevésbé foglalkozott vele, mert nagyon valószínűtlennek tűnt, így eléggé váratlanul érte. Főleg azért, mert így nem a saját orvosánál volt. Könnyek között mesélte, mennyire megrémült. Végül a személyzet kedvessége, férje biztatása hatására sikerült megnyugodnia, és szerencsére komplikációmentesen zajlott le a szülés, de az élmény nyomot hagyott benne. Attól tartott, hogy a jelenlegi állapota, tünetei ennek tudhatók be. Arra panaszkodott, hogy állandóan csak sírna, nagyon érzékeny, ingadozik a hangulata, egyszerre érzi magát rendkívül kimerültnek, mégsem tudja kipihenni magát, minden apró neszre felriad. Bár korábban beszéltünk a szülés utáni hormonváltozás hatásairól, de attól tartott, hogy ezek ennél nagyobb bajra utalnak. Az újabb átbeszélés segített neki megnyugodni, testtartása láthatóan lazább lett. Úgy beszéltük meg, hogy a következő két hétben szeretne otthon maradni a párjával és az újszülöttjével, így csak utána találkozunk. Természetesen abban is megegyeztünk, hogy ha valami olyasmi történik, ami nagyon felzaklatja, szeretne beszélgetni, akkor szól, és egyeztetünk a továbbiakról. A két hét szünet után kissé kimerülve tért vissza. Továbbra is nagyon rosszul aludt, az apróbb neszekre is felriadt, sokszor kelt fel etetni a gyerekét. Napközben próbálta pótolni a pihenést, de *„állandóan arra ébredtem, hogy sír Janka. Borzasztóan szégyellem, de sokszor átfutott az agyamon, hogy miért sír állandóan?! De ha meg nem sírt, akkor meg az volt a baj, akkor aggódtam, hogy mi történt vele, miért nem jelez a megszokott időben. Sehogy se jó… bármi van, azon aggódom, hogy miért nem amúgy van”.* Sokat beszélgettünk arról, hogy minden csecsemő más, mások az igényei, ráadásul ez is változik az idő előrehaladtával, és időnként lehetnek kilengések. Akár az alvásáról beszélünk, akár az étvágyáról, a súlygyarapodásáról és így tovább. Természetesen, ha valami aggasztja, kérdezze meg szakembertől, de azért tartsa szem előtt, hogy a csecsemők nem óramű pontossággal működnek, merjen kicsit jobban bízni magában, az ösztöneiben.

Ennél a témánál sírni kezdett: *„Hát épp ez az! Nem tudok az ösztöneimre hallgatni, nem jeleznek semmit! Fogalmam sincs, hogy miért sír, nem értem, mit akar! Nem tudom, hogy éhes, vagy fáj a hasa, vagy mi baja van… borzasztó anya vagyok, nem értem a saját gyerekemet… és… és… nem érzek iránta semmit… nem szeretem a saját lányom… hát miféle anya nem szereti a saját gyerekét?!”.* Nagyon el volt keseredve. Egy ideig engedtem, hogy sírjon, csendesen biztattam, hogy itt nyugodtan kiadhatja magából a feszültséget, biztonságos térben van, utána mindent megbeszélünk. Pár perc múlva elnézést kért, úgy fogalmazott, hogy *saját magát is meglepte, hogy ennyire keservesen érzi magát. Eddig is eszébe jutottak már ezek a gondolatok, de konkrétan miattuk még nem sírt, mert mindig elhessegette magától őket, a feladataira koncentrált.* Hosszan beszélgettünk arról, hogy most nagyon új helyzetben vannak, más szerepekbe kell beletanuljanak, mindezt konkrét receptek nélkül, a tapasztaláshoz pedig idő kell. Időbe telik az is, hogy megértsék Jankát, hiszen egy teljesen más nyelvet beszél, és ez nem tud egyik napról a másikra történni. Idővel egyre magabiztosabban fogja tudni felismerni a különbségeket a kislány jelzéseiben, egyre jobban ki fogja találni az igényét, és hogy hogyan tudja azt teljesíteni. Hasonló módon a szeretet kialakulása is időbe telik, nem úgy, ahogy a filmek jelenetei-

ben látni. Hiszen mégis csak egy idegen emberről van szó, akivel most ismerkedik. Nyilván kialakult egyfajta kapcsolat, amíg a méhében fejlődött, de az egy másik állapot volt; most már kint van, egész más a helyzet. Addig egy fantáziakép volt, most egy érző ember, aki próbálgatja a világot. Hasonlóan gondolhatunk a helyzetre, mint amikor egy idegen emberrel megismerkedünk: a róla mesélt történetekből lehet róla valamilyen képünk, lehet első látásra szimpatikus, de akkor is el kell teljen valamennyi idő, amíg kissé megismerjük, elkezdjük megkedvelni, és még további időre van szükség, hogy meg is szeressük. Nyilván egy újszülöttel intenzívebben zajlanak ezek a folyamatok, hiszen sok időt töltenek együtt, de mégiscsak hasonló. *Mérhetetlenül megkönnyebbült, hogy nem arról van szó, hogy egyszerűen alkalmatlan az anyaságra. Már az is megfordult a fejében, hogy ezért történt olyan nehezen a fogantatás, mert nem való neki a saját gyermek.*

Az is problémát jelentett, hogy kevés volt a teje, így szükség volt tápszer alkalmazására is. Ezzel kapcsolatban is jelentős önváddal küszködött, hogy *nem képes táplálni, a teste nem ad magából eleget a gyermekének.* Ez esetben is szemléletváltásra törekedtem: a teste nem önző, csupán próbál fenntartani egy egyensúlyt. Keveset tud pihenni, viszont nagyon megerőlteti magát azzal, hogy folyamatosan aggódik, és mindent próbál kézben tartani, hibátlanul véghezvinni. Mindez rengeteg energiába kerül. A teste mégis törekszik arra, hogy a maradékból táplálékot állítson elő Jankának. Arra biztattam, hogy legyen magával türelmesebb, elfogadóbb, szánjon időt magára is, a feltöltődésére. Gondolkozzon azon, hogy mi esne jól, hogyan tudná feltölteni energiaraktárait. Nem szégyen, ha megkéri a közelben élő nagyszülőket, hogy vigyázzanak unokájukra, például amíg sétál egyet, sőt, biztos szívesen kapnak az alkalmon.

Szóba került az is, mennyire nehezen viseli, hogy nincs rend a lakásban. Eddig munka mellett is mindig tudott elegendő időt szentelni rá, normál körülményeket fenntartani. Zavarta, hogy mindig van valami tennivaló, és amint végez az egyikkel, máris kezdheti elölről. *Úgy érezte, kész káosz az egész, összecsapnak a feje felett a hullámok, nem tud ilyen iramban takarítani.* Beszélgettünk hát arról, hogy egy gyermek érkezése menynyire felforgathatja az addigi életritmust. Az esetek jó részében teljes átszervezés szükséges, mert jelentősen megváltoznak a körülmények, a prioritás. Arra buzdítottam, hogy ne annyira a régi életviteléhez viszonyítson, inkább próbáljon egy új rendszert, rutint kialakítani. Ennek lehet része, hogy például folyamatosan van mosatlan, hiszen a csecsemő szükségletei miatt folyamatosan termelődik és kevesebb az idő az elmosására. Amíg van tiszta edény, amit használhatnak (vagy hamar lehet tisztává varázsolni párat), addig nincs akkora gond, lehet elfogadóbb magával. Hiszen az edények elmosása jóval a gyermek szükségletei mögött van a fontossági sorrendben, így természetes, hogy azt engedi el hamarabb. Az is lehetőség, hogy akár csak heti néhány órára segítséget kérnek a nagyszülőktől, vagy bejárónőt fogadnak fel, hiszen ez sem ritka a kezdeti időkben.

Dühítette továbbá, hogy voltak tervei erre az időszakra a háztartással kapcsolatban: *mivel úgyis otthon van, azt tervezte, hogy szelektálni kezd a dolgai között, de egyszerűen nincs annyi ideje, hogy tisztességesen nekikezdjen, hiszen rövidesen új teendő akad Janka*

körül. Beszélgettünk arról, hogy baj-e, ha egyszerre csak 5 percet tud foglalkozni ezekkel? Ha egyszerre csak két dologról dönti el, hogy van-e még rá szüksége? Ezzel is előbbre lesz. Meghökkent: *„Végül is de… így még nem is gondoltam bele, mivel szeretek egyszerre nagyobb adaggal haladni, úgy szeretem csinálni a dolgokat… de tulajdonképpen így is haladok, még ha lassabban is…”* A kezdeti meglepetést követően hamar lelkessé vált, hogy *sok „üres 5 perce” van egy napban, így az is lehet, hogy egész gyorsan tud haladni*.

Az ezt követő üléseken örömmel számolt be arról, hogy már mennyi mindent sikerült otthon elvégeznie, még azt is mondta, hogy *büszke magára.* Ugyanakkor aggódott amiatt, hogy a házimunkák végzése során *gépiesen működik, mintha nem is ő csinálná, annyira automatikusan történnek.* Kérdésemre, hogy pontosan mi zavarja ebben, azt fogalmazta meg, hogy *nem pihenteti ez az állapot, „nem csupán egy kis agykikapcsolás, amikor úgysem kell használnom, hanem úgy érzem, kényelmetlenül eltávolodom saját magamtól”.* Arra kértem hát, hogy próbáljon meg tudatosan jelen lenni az ilyen helyzetekben. Például mosogatás közben figyelje a hőmérsékletváltozásokat a forró víz és a hűvös levegő között, a különböző illatokat, a szivacs, az edények textúráját, súlyát, ahogy áll a mosogató előtt és így tovább. Ahogy teltek az alkalmak, lelkesen számolt be „eredményeiről”, hogy mi mindenre felfigyelt azóta, illetve, hogy a gépiesség érzése jelentősen csökkent.

Többször szóba került a szülés óta, hogy csatlakozott a Facebookon egy csoporthoz, melyben nemrég szült édesanyák gyűltek össze, beszélték meg kérdéseiket, aggodalmaikat. Legalábbis ezt hitte, ezért csatlakozott. Elpékedve tapasztalta azonban, hogy *a csoporton belül néha milyen rosszindulatúan beszélnek a segítséget kérőhöz.* Számtalanszor tapasztalta, hogy egy nő feltett egy teljesen releváns kérdést, és voltak persze ésszerű, segítőkész válaszok is, de rengeteg hibáztatás, minősítés is érkezett. Döbbenten hallgattam mondandóját. Próbáltam lehetséges magyarázatot keresni, enyhítve mindkettőnk feszültségét, de végül egyszerűen csak arra jutottunk, hogy *majd igyekszik ezeket figyelmen kívül hagyni, mivel amúgy sokat tanul a segítőkész válaszokból.* Pár alkalom után mesélte, hogy már régóta nem mer feltenni kérdést, de még másoknak válaszolni sem, mert válaszolóként is kinézik néhányan maguknak. Viszont privátban igyekezett megnyugtató üzenetet küldeni annak, akivel egyetértett és célkeresztbe került. Több ilyen beszélgetésben is volt már része, ezeket pozitívan élte meg, egymásnak tudtak valamennyit segíteni. Azonban végül úgy látta, hogy már nem tudja figyelmen kívül hagyni a negatív kommenteket, így pár hét után úgy döntött, kilép a csoportból. Viszszajeleztem neki, hogy milyen jó, hogy időt és energiát szánt önmaga megfigyelésére, bent maradt a szituációban, amíg jónak ítélte meg, de tudott változtatni a helyzeten, amikor úgy látta jobbnak.

A párkapcsolatában beállt változással is foglalkoztunk. Az első hetekben nagyon közel kerültek egymáshoz, intimnek, meghittnek érezte hármasukat. Azonban az idő múlásával párjával kezdtek eltávolodni egymástól. Férje sokat dolgozott, néha eljárt a barátaival szórakozni, emiatt Annának vegyes érzései voltak. Egyrészt tudta, hogy ez jó do-

log, jót tesz, ha egymástól külön is töltenek időt, de mégis egyfajta árulásnak érezte. Csalódott volt, amiért nem az a párja vágya, hogy hozzájuk hazaérhessen, sőt, így még kevesebbet segített az otthoni teendőkben, emiatt Anna egyre magányosabbnak érezte magát. Az is feszültségként jelent meg kettejük között, hogy a feleség egyáltalán nem kívánta a szexuális együttlétet, pedig a férjének lett volna rá igénye. Bátorítottam, hogy „porolják le" az asszertív kommunikációs gyakorlataikat, beszélgessenek egymással. Anna fejezze ki az érzéseit, a vágyait, de emellett hallgassa meg a férje álláspontját is. Gyakran előfordul ugyanis, hogy a férj kívülállónak érzi magát, mert úgy gondolja, a szoros anya-gyerek kötelékhez hasonló kapcsolat vele nem alakulhat ki, és ha nem tudják ezt megbeszélni, akkor máshogy próbálja megoldani a helyzetet, például a munkába menekül. Fontos, hogy részt vehessen, akár lehet övé a fürdetési rutin, vagy váltogathatják pár naponta; legyenek olyan tevékenységek, amelyeket hármasban végeznek és így tovább. Ez segítheti azt, hogy egyre inkább át tudják élni egyéni szerepköreiket (anya-apa szerepek), valamint, hogy egy családhoz tartoznak.

Az együttlétek kapcsán arról beszéltünk, hogy érthető, hogy kevésbé vágyik rá, mert jelenleg erőteljesen az anya-szerepére koncentrál. De mivel a férje fájlalta a hiányát, és magát Annát is zavarta valamelyest, így foglalkoztunk azzal, hogyan tudnak újra közel kerülni egymáshoz. Biztattam, hogy töltsenek egymással több minőségi időt, ők határozzák meg, hogy mi számít annak: otthon néznek filmet, vagy moziba mennek, esetleg sétára indulnak, tulajdonképpen bármi, amit ők minőségi időnek élnek meg. Jelenleg mindkettőjükben a szülői szerepkör van a felszínen, de ettől ők még nem szűntek meg férfinak és nőnek, férjnek és feleségnek lenni. Bújjanak össze, kedveskedjenek egymásnak. A lényeg, hogy tudatosan fordítsanak erre időt, és legyenek türelmesek egymás és saját maguk felé is.

Még pár alkalommal találkoztunk, míg Anna előhozakodott azzal, hogy most már készen érzi magát arra, hogy egyedül haladjon tovább az úton. Úgy érzi, sokkal jobban van. Teljes mértékben egyetértettem vele, valójában én is így éreztem, épp azon az alkalmon szerettem volna rátérni a lezárásra. Megegyeztünk, hogy szükség esetén továbbra is kereshet, valamint áttekintettük a közös munkát, a szóba kerülő témákat. Megfogalmazhatta, hogy szerinte miben ért el fejlődést, illetve mi az, amin még szeretne dolgozni.

A külsője sosem volt zilált vagy elhanyagolt. Emiatt, illetve mert fáradtsága, panaszai ellenére is érződött rajta egyfajta erő, kitartás, így nem került szóba, hogy szükség lenne pszichiáterrel is konzultálni. Egyszerűbb technikákkal tudtunk jól együttműködni, mint az edukáció, az értő figyelem, szemléletváltás, összefoglalás. Foglalkoztunk kommunikációs módszerekkel, relaxációval, a megküzdés fejlesztésével. Ahogy a legtöbb esetben tapasztaltam, ezek elegendők voltak az ő állapotában, életerejéhez mérve. Időnként olyan apróságnak tűnő dolgok mozdították előre, hogy meghallgatásra került, nem kezdte el a másik fél ötletekkel, megoldásokkal bombázni, csupán csak jelen volt vele, segített a gondolatai kibontásában. Ezért is szeretem megkérdezni a lezáráskor, hogy milyen változásokat tapasztalt magán, miben tudtam segíteni, milyen útravalóval tá-

vozik. Miben szeretne még fejlődni a továbbiakban? Ha a páciens mer őszinte lenni, nem csupán udvariasan válaszolni, abból rengeteg tanulság leszűrhető.

Mire tanít ez az eset?

Nagyon változatos problémákkal találkozhatunk a várandósság és a szülés folyamán és az azt követő időszakban. Gyakran meglep, milyen egyszerű dolgok jelenthetnek komoly segítséget valakinek: megkap pár addig hiányzó információt, meghallgatjuk a mondandóját, egyszerűen csak ott vagyunk vele, kicsit elengedheti magát. Kap egy teret magának. Időnként elgondolkodom egy-egy jobban működő kliensnél, hogy tulajdonképpen mit is tudtam adni neki, hiszen semmi egetrengető dolgot nem tettem. Mert nem is. Csak ami hiányzott neki máshonnan. Ez elég volt az előrelépéséhez. Közvetve ez segítheti a magzatot, az újszülöttet, az egész család harmóniáját is.

3. Diszkusszió

A várandósok és szoptatós anyák depressziójának kezelése a mai kor pszichiátriájának is nagy kihívása. A farmakoterápia minden esetben nagy körültekintést igényel ebben az életszakaszban, elsősorban a magzat és a csecsemő egészségi állapotának védelme miatt. A várandósság alatti pszichológiai kísérés jótékony hatással van a depresszív tünetek kialakulása ellen és csökkenti a szorongásos szimptómákat is: a támogató beszélgetések, a pszichoedukációs módszerek alkalmazása, a kommunikációs technikák elsajátítása mind jótékony hatással van a hangulati állapotra. A megváltozott szerepek átbeszélése, a szülésre való lelki felkészítés, az anyai szerephez való alkalmazkodás előkészítése mind segítséget jelentenek az egész család számára. Ahogy a fent leírtakból és az esetleírásból is látjuk, nagyon sokrétű nehézséggel szembesülhetnek ebben az időszakban a várandósok és gyermekágyasok: amint az EPDS kérdőív hatodik kérdésében is megfogalmazódik az „összecsapnak a fejem felett a hullámok" érzés jelenhet meg.

A kognitív viselkedésterápiás elemek beépítése szintén hatékony lehet a perinatális hangulatzavarok kezelésében: növeli a szociális kapcsolatokban való hatékonyságot, csökkenti a negatív automatikus gondolatok számát, míg a relaxációs technikák felkészítenek a vajúdásra, és ezáltal nagyobb eséllyel valósulhat meg a hüvelyi szülés, szemben a császármetszéssel (Chang et al., 2008; O'Mahen et al., 2012; Saisto et al., 2006).

A várandósok és az édesanyák hangulati zavarai a különböző perinatális szövődmények kialakulásának megnövekedett esélyével nagyon sokféle módon képesek kifejteni káros hatásukat mind a magzatra, a várandós állapotára, a megszületett csecsemőre és az édesanyára. Ennél fogva elsőrendű feladat, hogy a perinatális időszakban a hangulati állapot nyomon követése helyet kapjon és a várandósgondozás szerves részévé váljon. Ennek érdekében Magyarországon először Szegeden, majd később több városban beve-

zetésre került a várandósok és gyermekágyasok pszichológiai szűrése a már említett EPDS kérdőívvel, amelyet a védőnői szolgálat valósít meg. Minden olyan esetben, ahol a családokat rendszeresen látogató védőnő hangulatzavart gyanít, az EPDS kérdőív segítségével képes felmérni az állapot súlyosságát, és az eredmény függvényében a megfelelő pszichológiai ellátásba irányítja a gondozottat. Ez a szűrőprogram egy olyan védőhálót biztosít a családok számára, amelynek köszönhetően számos perinatális szövődmény kialakulásának esélye csökkenthető, és ezzel kiegyensúlyozottabb anyák, gyermekek és családok születhetnek.

Irodalom

Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ, 311*(6998), 171–174.

Beck, C. T. (2006). Postpartum depression: it isn't just the blues. *The American Journal of Nursing, 106*(5), 40– 50; quiz 50–51.

Belső, N. (2006a). A perinatális időszak pszichés zavarai. In E. C. Molnár, J. Füredi, Z. Papp (Ed.), *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* (81–93.o.). Medicina Kiadó Rt.

Belső, N. (2006b). Társadalom, kultúra, női szerepek. In E. C. Molnár, J. Füredi, Z. Papp (Ed.), *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* (47–53.o.). Medicina Kiadó Rt.

Boudou, M., Teissèdre, F., Walburg, V., Chabrol, H. (2007). Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues [Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues]. *L'Encephale, 33*(5), 805–810.

Bödecs, T. (2010). *A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetelekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása* [Doktori diszszertáció, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar]. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Tezisfuzetek/Ertekezes_BodecsTa mas.pdf

Bödecs, T., Horváth, B., Szilágyi, E., Diffelné Németh, M., Sándor, J. (2010). A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke összefüggései a várandósok egészségmagatartásával. *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika, 11,* 17–30.

Chang, M-Y., Chen, C-H., Huang, K-F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing, 17*(19), 2580–2587.

Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F., Lee, D. T. (2001) Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine, 63*(5), 830–834.

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150,* 782–786.

Cripe, S. M., Frederick, I. O., Qiu, C., Williams, M. A. (2011). Risk of Preterm Delivery and Hypertensive Disorders of Pregnancy in Relation to Maternal Comorbid Mood and Migraine Disorders during Pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 25*(2), 116– 123.

Ding, T., Wang, D.-X., Qu, Y., Chen, Q., Zhu, S.-N. (2014). Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia, 119*(2), 383–392.

Doucet, S., Jones, I., Letourneau, N., Dennis, C.-L., Blackmore, E. R. (2011). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 14*(2), 89–98.

Dudas, R., Csatordai, S., Devosa, I., Töreki, A., Andó, B., Barabás, K., Pál, A., Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 323–328.

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development, 33*(1), 1–6.

Gaynes, B. N, Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/ Technology Assessment (Summary), 119,* 1–8.

Goodman, J. H, Chenausky, K. L, Freeman, M. P. (2014). Anxiety Disorders During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(10), 1153–1184.

Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health, 6*(2), 33–42.

Hompoth, E. A. (2020). *Depression screening and psychological intervention in pregnancy care and their relationship with complications during pregnancy* [Doctoral dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged].

Hompoth, E. A., Gálosi, N., Becsei, L., Töreki, A. (2020). Pszichológiai szűrés a várandósgondozásban: eredmények Békéscsaba körzetéből. *Orvosi Hetilap, 161*(10), 380–387.

Hompoth, E. A., Töreki, A., Baloghné Fűrész, V., Németh, G. (2017). A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban. *Orvosi Hetilap, 158*(4), 139–146.

Jesse, D. E., Seaver, W., Wallace, D. C. (2003). Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery. 19*(3), 191–202.

Kennerley, H., Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 155*(3), 356–362.

Kozinszky, Z., Dudas, R. B., Csatordai, S., Devosa, I., Tóth, É., Szabó, D., Sikovanyecz, J., Zádori, J., Barabás, K., Pál, A. (2011). Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(5), 413–423.

Lee, A., Keung Lam, S., Mun Lau, S. M. S., Chong, C., Chui, A., Fong, D. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1102–1112.

Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry, 8*(1), 24–35.

Martini, J., Asselmann, E., Einsle, F., Strehle, J., Wittchen, H.-U. (2016). A prospective longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders, 40,* 58–66.

O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for Perinatal Depression: What Do Women Want?: A Qualitative Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 359–371.

Pitt, B. (1973). „Maternity blues". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 122*(569), 431–433.

Qiao, Y., Wang, J., Li, J., Wang, J. (2012). Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: A follow-up study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 32*(3), 237–240.

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., Creed, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(6), 481– 486.

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70*(3), 291–306.

Ross, L. E., Murray, B. J., Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 30*(4), 247–256.

Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85*(11), 1315–1319.

Töreki, A. (2012). *Psychosocial risk factors and screening options for perinatal psychopathologies* [Doctoral dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged].

Töreki, A., Andó, B., Dudas, R. B., Dweik, D., Janka, Z., Kozinszky, Z., Keresztúri, A. (2014a). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery, 30*(8), 911–918.

Töreki, A., Andó, B., Keresztúri, A., Sikovanyecz, J., Dudas, R., Janka, Z., Kozinszky, Z., Pál, A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery, 29*(4), 308–315.

Töreki, A., Baloghné Fűrész, V., Szenti, Z., Szeberényi, Z., Becsei, L., Pál, A. (2014b). A pszichológiai szűrés megjelenése a várandósgondozásban. *Magyar Nőorvosok Lapja, 77*(6), 12–15.